

Una solicitud, cinco secciones

-  **Solicitud principal**
-  **Suplemento: Para Ancianos, Ciegos y Discapacitados**
-  **Apéndice A: Díganos quién le ayuda con esta solicitud**
-  **Apéndice B: Miembro de la familia Nativo Estadounidense o de Alaska**
-  **Apéndice C: Cuéntenos sobre la cobertura de salud de empleos**

Contáctenos

TELÉFONO: Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**

EN LÍNEA: dvha.vermont.gov/apply

EN PERSONA: Hay alguien que puede ayudar en su zona.

[Info.healthconnect.vermont.gov/find-local-help](https://info.healthconnect.vermont.gov/find-local-help)

TTY/RETRANSMISIÓN: Si es sordo, tiene problemas de audición o tiene una discapacidad del habla, marque el 711.

CORRESPONDENCIA: [Vermont Health Connect](https://www.vermont.gov/healthconnect)
280 State Drive, NOB 1 South
Waterbury, VT 05671-8100

¿Recibir beneficios de atención médica cambiará su condición migratoria?

Consulte la *Información para los no ciudadanos* en la página ii.

Vea para qué cobertura califica

- Planes de seguro médico privados asequibles que ofrecen cobertura completa.
- Un crédito fiscal que puede reducir de inmediato sus primas de cobertura de salud.
- Medicaid para Niños y Adultos (esto incluye al Dr. Dynasaur).
- Plan de Seguro Médico para Inmigrantes (IHIP).
- Medicaid para Ancianos, Ciegos y Discapacitados, Programas de Farmacia (VPharm y Healthy Vermonters), Programas de Ahorro de Medicare y Asistencia Domiciliaria para Niños con Discapacidad (DCHC) (Katie Beckett) (para estos programas, también deberá completar el Suplemento que comienza en la página 12).



Otras formas de solicitar:

Solicite más rápido en línea o por teléfono. Visite dvha.vermont.gov/apply o llame al Equipo de Atención al Cliente.



NO utilice esta solicitud para lo siguiente:

- **Informar cambios.** Para reportar cambios en su información, llame al Equipo de Atención al Cliente o envíe por correo sus cambios a la dirección arriba mencionada.
- **SOLO cobertura dental.** No se brinda asistencia financiera si SOLO compra planes dentales. Si desea SOLO comprar un plan dental, puede presentar la solicitud utilizando la Solicitud de Cobertura de Salud más corta (205INFA) o llamar al Equipo de Atención al Cliente.
- **Programas de Farmacia (VPharm y Healthy Vermonters) y/o Programas de Ahorros de Medicare SOLAMENTE.** Existe una solicitud más corta que debe usar si solo está solicitando estos programas. Llame al Equipo de Atención al Cliente y pida la solicitud 201P.
- **Cobertura de Servicios de atención y ayuda a largo plazo de Medicaid (Medicaid de Atención a Largo Plazo).** Si está solicitando Medicaid de Atención a Largo Plazo, llame al Equipo de Atención al Cliente y pida la solicitud 202LTC.



Asegúrese de tener lo siguiente:

- **Números del Seguro Social** (o números de documentos para inmigrantes que necesitan seguro y reúnan los requisitos).
- **Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de su familia** (comprobantes de pago, formularios W-2 o declaración de impuestos).



Por qué necesitamos esta información

Le preguntamos sobre sus ingresos y otra información para determinar para qué cobertura reúne los requisitos y si puede obtener ayuda para pagarla. Los ingresos de algunos miembros del hogar son incluidos aunque ellos no estén aplicando para la cobertura de salud. **Mantendremos toda la información que proporcione privada y segura, según lo exige la ley.**



Qué sucede luego

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección postal anterior. Es posible que deba realizar un pago antes de que comience la cobertura. **Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Nos pondremos en contacto con usted para hablar sobre los próximos pasos.



Hay servicios de interpretación disponibles

(إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فستوفر لك خدمات مساعدة اللغة مجانًا. اتصل بالرقم 1-855-899-9600 (العربية))

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-899-9600。(繁體中文)

Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-899-9600 (Deutsch)

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-899-9600 (Español)

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-899-9600 (Français)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-899-9600 まで、お電話にてご連絡ください。(日本語)

In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-899-9600 (Italiano)

तपाईंले नेपाली बोलुनुहुन्छ भने तपाईंको नमिलि भाषा सहायता सेवाहरू निशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-855-899-9600 । (नेपाली)

Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-899-9600 (Oroomiffa)

Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-899-9600 (Português)

Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-899-9600 (Русский)

Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-855-899-9600 (Srpsko-hrvatski)

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong tulung sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-899-9600 (Tagalog)

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-899-9600 (ภาษาไทย)

Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-899-9600 (Tiếng Việt)

Puede guardar esta página para consultarla en el futuro.

Sus Derechos y Responsabilidades

Estos derechos y responsabilidades se aplican a todos los solicitantes.
Si necesita una copia en letra grande de esto, llame al Equipo de Atención al Cliente.

Si no habla o no lee inglés.

Le proporcionaremos servicios lingüísticos gratuitos. Esto significa que un intérprete puede:

- Traducir para usted por teléfono cuando nos llame.
- Leer y explicarle los documentos por teléfono.
- Ayudarle a solicitar y renovar por teléfono.

Pregunte si tenemos documentos en su idioma.

Si necesita ayuda con el idioma, llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. También puede obtener un Asistente en persona para que le ayude. Llame al **1-855-899-9600** para encontrar un Asistente. Si no recibe los servicios lingüísticos que necesita, puede presentar una queja. Consulte la sección **Qué hacer si cree que está siendo discriminado** en esta página.

Derecho a solicitar y obtener una decisión a tiempo. En la mayoría de los casos, debemos tomar una decisión sobre su solicitud dentro de 45 días. Puede tardar 90 días si solicita Medicaid basado en una discapacidad. Puede tardar más tiempo si usted provoca un retraso. ¿Qué sucede si demora más? Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600** para obtener más información o para presentar una apelación.

¿No está de acuerdo con una decisión que hemos tomado?

¿O la decisión es tardía? Puede apelar. Esto significa que está solicitando una audiencia estatal imparcial. Consulte su notificación de la decisión para obtener más información sobre su derecho a apelar. Debe apelar dentro de los 90 días a partir de la fecha de su carta.

En la mayoría de los casos, debemos decidir sobre su apelación en un plazo de 90 días. El plazo de 90 días comienza cuando usted apela. ¿Esperar tanto tiempo le hará daño? Puede solicitar una apelación rápida (acelerada). Resolvemos la mayoría de las apelaciones rápidas en 7 días hábiles. Las apelaciones sobre Medicaid para Ancianos, Ciegos y Discapacitados pueden demorar más. Las apelaciones sobre el Plan de Seguro Médico para Inmigrantes también tardan más tiempo. Para apelar, llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. O escriba a la *Junta de Servicios Humanos, 120 State Street, Montpelier, VT 05620-4301*.

Debe asistir a la audiencia. Pero puede solicitar a un amigo, familiar o abogado que hable en su nombre. Es posible que pueda obtener asesoramiento legal gratuito. Llame al *Defensor de la Salud de Vermont Legal Aid* al **1-800-917-7787**. O bien, visite <https://vtlawhelp.org/health> en Internet.

Derechos de las personas con discapacidades. ¿Es difícil para usted hacer las cosas que le pedimos? Podemos hacer cambios para ayudarlo. Los cambios se denominan "adaptaciones razonables" según la ADA (Ley para Estadounidenses con Discapacidades).

Estos son **algunos** cambios que podemos hacer:

- Alguien puede escribir sus respuestas si usted no puede.
- Podemos darle más tiempo.
- Podemos ayudarle a obtener los documentos que necesita entregarnos.
- Puede tener una persona de apoyo con usted cuando hable con nosotros.
- Podemos enviarle documentos con letra más grande.

¿Necesita algún cambio que le ayude? Cuéntenos llamando gratis al **1-855-899-9600**.

Información para los no ciudadanos. Obtener un seguro médico nuestro **NO** cambiará su condición migratoria. La única vez que podría hacerlo es si obtiene Medicaid de atención a largo plazo en una institución. Un ejemplo es si vive en un hogar de ancianos. Si desea más información, obtenga ayuda legal GRATUITA llamando a Vermont Legal Aid al **1-800-917-7787**. O bien, visite <https://vtlawhelp.org/health> en Internet.

Los inmigrantes pueden solicitar un seguro médico. ¿Hay personas en su hogar que no reúnen los requisitos para Medicaid debido a su condición migratoria? Aun así, puede presentar una solicitud para los miembros que cumplen las normas. Las embarazadas y los niños menores de 19 años pueden obtener un seguro médico sin importar su condición migratoria.

¿La condición migratoria de qué personas verificamos con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.? Verificaremos a cualquier persona que solicite un seguro médico.

¿Qué sucede con las personas que solo presentan la solicitud del Plan de Seguro Médico para Inmigrantes (205HIP)? NO nos comunicamos con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. sobre ellos.

Qué hacer si cree que lo están discriminando. No podemos tratarle de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo o edad. No podemos tratarle de forma diferente por su orientación sexual, identidad de género o discapacidad. ¿Qué sucede si no le brindamos los servicios de idioma o de discapacidad que necesita? Puede ser un acto de discriminación.

¿Cree que lo hemos discriminado? Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. También puede presentar una queja ante:

- Departamento de Acceso a la Salud de Vermont:
Coordinador de Derechos Civiles de Programas de Salud
Teléfono: **(802) 241-0454**
Correo electrónico: AHS.DVHALegal@vermont.gov
En línea: <https://info.healthconnect.vermont.gov/non-discrimination>
- Gobierno federal: Departamento de Salud y Servicios Humanos, **1-800-868-1019, 800-537-7697** (TDD)
En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Derecho a la confidencialidad. La información sobre su solicitud y seguro médico es privada. Está protegida por leyes estatales y federales. No compartiremos su información con nadie más a menos que:

- Esté directamente relacionada con la ejecución de nuestros programas, o
- La ley o una orden judicial indique que tenemos que hacerlo, o
- Usted nos diga que podemos hacerlo.

Cómo usamos su información (incluidos los números de Seguro Social). Usamos su información para ver si cumple con las normas para obtener un seguro médico. También la utilizamos para ayudar a pagar los cuidados y por otras razones legales. Verificamos los ingresos y otra información para ver si cumple con las normas. Nosotros decidimos qué seguro obtiene. Recopilamos reclamos, hacemos auditorías, investigamos trampas y pagamos ayuda médica. Comprobamos la veracidad de la información que nos proporcionó.

Podemos ponernos en contacto con organismos públicos y privados. Esto incluye la Administración del Seguro Social, los bancos (verificación de activos) y las agencias de informes del consumidor. Incluye el Departamento de Trabajo, el Departamento de Seguridad Nacional y el Servicio de Impuestos Internos (IRS). Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe un comprobante.

¿Tiene Número de Seguro Social (SSN)? Debe proporcionarlo para obtener un seguro médico. ¿Qué sucede si alguien no desea recibir atención médica? No tiene que darnos su SSN. Algunas personas que no tienen un SSN no necesitan obtener uno para presentar su solicitud. Esto incluye a las personas que no tienen uno por motivos religiosos. Llame a Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600** para más información.

Debe informarnos acerca de los cambios. Debe informarnos si cambia su dirección, teléfono, correo electrónico o ingresos. Infórmenos si cambia la persona con quien vive o se casa o se divorcia. Infórmenos si inicia o finaliza un embarazo o cambia su condición migratoria. Infórmenos si obtiene otro seguro médico o si se muda fuera de Vermont. Infórmenos si recibe Medicaid en otro estado. Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600** para comunicar los cambios.

Para Medicaid y el Plan de Seguro Médico para Inmigrantes, debe informar los cambios en un plazo de **10 días**. ¿Tiene un plan de seguro médico (Plan de Salud Calificado) a través de nosotros? Debe informar los cambios en un plazo de **30 días**. La nueva información podría cambiar si usted o los miembros de su hogar pueden obtener o conservar la atención médica.

¿NECESITA AYUDA? Visite dvha.vermont.gov/apply o llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**
Para los servicios TTY/retransmisión, marque **711**.

Visite dvha.vermont.gov/apply o llame a Servicio al Cliente para obtener una copia de sus derechos y responsabilidades.

Sus Derechos y Responsabilidades (continuación)
Estos derechos y responsabilidades se aplican a todos los solicitantes.
Si necesita una copia en letra grande de esto, llame al Equipo de Atención al Cliente.

No mienta para obtener o conservar Medicaid o ayudar a otra persona a obtenerlo o conservarlo. Usted o cualquier miembro de su hogar no puede mentir a propósito para obtener o conservar la atención médica.

¿Qué pasa si miente y lo declaran culpable? Las sanciones pueden incluir hasta 3 años de prisión y/o una multa de hasta \$1,000. O puede recibir una multa equivalente al costo de la atención médica. Puede haber otras sanciones federales o estatales. (42 U.S.C. §1320a-7b; 33 V.S.A. §§141, 143).

Acuerdo sobre los pagos de la Parte B de Medicare. Usted acepta que pagaremos a los médicos y proveedores médicos directamente por estos servicios. Esto significa que no tendrá que firmar documentos separados cada vez que reciba un servicio.

Acuerdo de divulgación de historiales médicos. Usted acepta que otras personas pueden leer, usar y mostrar sus historiales médicos. Estos son proveedores de atención médica, el Departamento de Acceso a la Salud de Vermont y sus contratistas y concesionarios. Pueden compartir su historial para administrar los programas estatales de atención médica. O si un hospital, proveedor de atención médica, proveedor de salud mental o farmacia necesita su historial médico. Esto incluye información sobre proveedores y medicamentos para su tratamiento y el pago de su tratamiento. Incluye información para operaciones de atención médica.

¿Ha estado en un programa de tratamiento por consumo de drogas o alcohol? Usted acepta que nos digan qué medicamentos recetados recibió en su programa. Solo pedimos esto si es necesario para su tratamiento.

Puede retirar su consentimiento para divulgar su historial médico. Simplemente infórmelo por escrito y envíelo por correo a: *Comisionado Adjunto de DVHA, 280 State Drive, NOB 1 South, Waterbury, VT 05671-1010.*

Acuerdo para permitirnos obtener dinero y apoyo médico de terceros si recibe Medicaid. ¿Recibe Medicaid? Entonces nos da el derecho de intentar obtener dinero para su atención médica. Esto vendría de otros seguros médicos, acuerdos legales u otros terceros. Esto se aplica a usted y cualquier miembro de su hogar que reciba Medicaid.

Usted acepta inscribirse en un plan de salud grupal si el estado lo requiere. El estado puede efectuar los pagos mensuales.

Usted nos da el derecho de obtener apoyo médico de un cónyuge o padre. Esto incluye a un padre que vive fuera de su hogar. ¿Cree que ayudar a cobrar el apoyo médico puede perjudicarlo a usted o a sus hijos? Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. Es posible que no tenga que ayudarnos.

Consentimiento para facturar a Medicaid si el niño recibe Educación Especial. ¿Un niño en su hogar recibe Medicaid y Educación Especial? Entonces acepta que el distrito escolar de su hijo puede facturar a Medicaid. Pueden facturar por los servicios enumerados en el Plan de Educación Individual o IEP de su hijo. ¿Qué sucede si no autoriza? Solo está diciendo que no pueden facturar a Medicaid por los servicios del IEP. El distrito escolar aún debe brindarle a su hijo los servicios gratuitos del IEP. Puede retirar su consentimiento para facturar a Medicaid en cualquier momento. La escuela debe dejar de facturar a Medicaid el día que retira su consentimiento. Para retirar su consentimiento, escriba a: *DVHA, Centro de Procesamiento de Solicitudes y Documentos, 280 State Drive, NOB 1 South, Waterbury, VT 05671-8100.*

¿Está utilizando el suplemento para solicitar Medicaid para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (MABD)? En caso afirmativo, tiene estos derechos y responsabilidades adicionales.

Usted acepta que podemos verificar los recursos de Medicaid para Ancianos, Ciegos y Discapacitados. Existen normas que determinan quién puede obtener Medicaid para Ancianos, Ciegos y Discapacitados. Existen normas sobre cuántos ingresos, dinero y propiedades puede tener. Para cumplir con la ley federal (42 U.S.C. 1396w), el Departamento de Acceso a la Salud de Vermont utiliza un sistema electrónico de verificación de activos. Esto nos ayuda a ver si puede obtener este programa. El sistema solicita información de bancos e instituciones financieras. Se revisan las cuentas abiertas y cerradas para ver si cumple con las normas.

Usted acepta que el Departamento de Acceso a la Salud de Vermont puede consultar con bancos e instituciones financieras. Esto es para ver si cumple con las normas para obtener Medicaid. Este acuerdo dura hasta que usted lo retire por escrito. Terminará si su solicitud es rechazada o deja de cumplir con las normas de Medicaid. ¿Qué sucede si decide retirar su acuerdo? Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600** para conocer a dónde enviar su declaración por escrito.

Obligación de informar cambios en los recursos (activos).

Debe informar los cambios enumerados en la sección **Debe informarnos acerca de los cambios** en la página ii. ¿Recibe Medicaid para Ancianos, Ciegos y Discapacitados? Entonces, también debe informar los cambios en sus recursos. Esto quiere decir informar:

- Cuando sus recursos superan el límite de \$2000.
- Si recibe un pago único. Se puede tratar del pago de un fideicomiso o fondo de jubilación, herencia o liquidación de seguro.
- Cambios en la propiedad. Puede ser que se agregue o se quite un nombre, o se vendan o transfieran bienes muebles o inmuebles.
- Si vende una propiedad, incluida su casa.

Para reportar un cambio, llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. O escriba o envíe un informe de cambios (Formulario 200GMC) a: *DVHA, Centro de Procesamiento de Solicitudes y Documentos, 280 State Drive, NOB 1 South, Waterbury, VT 05671-1500.*

¿NECESITA AYUDA? Visite dvha.vermont.gov/apply o llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**.

Para los servicios TTY/retransmisión, marque **711**.

Visite dvha.vermont.gov/apply o llame a Servicio al Cliente para obtener una copia de sus derechos y responsabilidades.



PASO 1 Cuéntenos sobre usted



La persona que se indica aquí será la persona de contacto para su solicitud.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.)		2. Número de Seguro Social (SSN). Opcional, si no está solicitando cobertura de salud, no está obligado a proporcionar su SSN. _ _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -	
3. Domicilio (no puede ser un apartado postal)		4. Número de apartamento o suite	
5. Ciudad/Localidad	6. Estado	7. Código postal	8. Condado
9. Dirección postal, línea 1 (si es diferente al domicilio)		10. Número de apartamento o suite	
11. Dirección postal, línea 2 (si corresponde, incluya una persona "a cargo de" aquí. Si esa persona es un representante autorizado, complete también el Apéndice A en la página 17.)			
12. Ciudad/Localidad	13. Estado	14. Código postal	15. Condado
16. Número de teléfono residencial () -	17. Número de teléfono laboral () -	18. Número de celular () -	
19. ¿Cuál es su idioma preferido hablado o escrito?			



El PASO 1 está completo. Continúe con el PASO 2 a continuación.

PASO 2 A quién incluir



Complete las páginas del PASO 2 para cada persona de su familia y hogar, incluso si la persona ya tiene cobertura de salud. Comience con usted mismo, luego agregue otros adultos y niños. La información en esta solicitud nos ayuda a asegurarnos de que todos obtengan la mejor cobertura posible. La cantidad de ayuda o el tipo de programa para el que reúne los requisitos se basa en la cantidad de personas que componen su familia y sus ingresos. Si no incluye a alguien, incluso si ya tiene cobertura de salud, sus resultados de elegibilidad podrían verse afectados.

INCLUYA a estas personas aunque no estén solicitando cobertura de salud

Para ADULTOS que necesitan cobertura	<ul style="list-style-type: none"> Cualquier cónyuge, incluida una pareja de unión civil. <i>Si es parte de una unión civil, incluya a su pareja de unión civil en esta solicitud y asegúrese de marcar la casilla "unión civil" en la pregunta 6. Una pareja en una unión civil se considera cónyuge para los efectos de los programas de Medicaid de Vermont.</i> Cualquier hijo o hija menor de 21 años con quien vivan, incluidos los hijastros. Cualquier otra persona en la misma declaración del impuesto federal sobre los ingresos, incluidos los hijos mayores de 21 años a quienes se les reclama en la declaración de impuestos de uno de los padres. <i>No necesita declarar impuestos para obtener cobertura de salud.</i>
Para NIÑOS (menores de 21 años) que necesitan cobertura	<ul style="list-style-type: none"> Cualquier padre (o padrastro) con quien vivan. Cualquier hermano con el que vivan. Cualquier hijo o hija con quien vivan, incluidos los hijastros. Cualquier otra persona en la misma declaración del impuesto federal sobre los ingresos. <i>No necesita declarar impuestos para recibir cobertura de salud.</i>

No necesita proporcionar la condición migratoria o un número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que proporcione privada y segura, según lo exige la ley. Usamos la información personal solo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.



Complete el PASO 2 para usted, su cónyuge, los hijos que viven con usted y/o cualquier persona incluida en su declaración del impuesto federal sobre los ingresos. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.)		2. ¿Relación que tiene con usted? YO MISMO	
3. Enumere cualquier otro nombre por el que se le haya conocido, incluido un nombre de soltera o un alias.		4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /	5. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
6. Estado civil <i>Si es víctima de violencia doméstica y presenta la solicitud por separado de su cónyuge, puede indicar que "Nunca se ha casado".</i>		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/disuelto <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Viudo
7. Número de Seguro Social (SSN) _ _ _ - _ _ - _ _		Necesitamos esto si desea cobertura de salud y tiene un SSN. Proporcionar su SSN puede ser útil, incluso si no desea cobertura de salud, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien desea recibir ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov . Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 .	
8. ¿Tiene intenciones de presentar una declaración del impuesto federal sobre los ingresos el próximo año? <i>(Incluso si no presenta una declaración del impuesto federal sobre los ingresos, puede solicitar cobertura de salud).</i>		<input type="checkbox"/> Sí. Responda las preguntas a - c. <input type="checkbox"/> No. Continúe con la pregunta c.	
a. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge?		<input type="checkbox"/> Sí. Nombre del cónyuge: _____ <input type="checkbox"/> No	
b. ¿Incluirá algunos dependientes en su declaración de impuestos? <i>(Los contribuyentes conjuntos deben enumerar los mismos dependientes).</i>		<input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo, nombre(s) de los dependientes: _____ <input type="checkbox"/> No	
c. ¿Aparecerá como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <i>(No puede ser dependiente y contribuyente que presenta de manera conjunta).</i>		<input type="checkbox"/> Sí. Nombre del contribuyente: _____ <input type="checkbox"/> No	
		¿Qué relación tiene con el contribuyente que presenta? _____	
9. ¿Está embarazada?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan? _____		¿Fecha estimada de parto (mm/dd/aaaa)? _____	
10. ¿Está solicitando cobertura de salud? <i>(Incluso si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos).</i>		<input type="checkbox"/> Sí. Continúe con la pregunta 11. <input type="checkbox"/> No. Continúe con la información sobre el trabajo actual y los ingresos en la página 3.	
11 a. ¿Tiene una enfermedad física, mental, de aprendizaje o emocional que hace que necesite ayuda regularmente con algunas o todas sus actividades de cuidado personal (como bañarse, vestirse, comer, leer, tareas diarias, etc.)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió 'sí' a la pregunta anterior, o si reúne los requisitos para recibir Medicare, revise la información al comienzo del Suplemento (en la página 12). Si desea que veamos si califica para la cobertura de salud para personas mayores de 65 años y/o ciegas o discapacitadas, complete el Suplemento después de completar la solicitud principal. Por ahora, continúe con la pregunta 11b.			
b. ¿Está usted en un centro médico o un hogar de ancianos, o se ha mudado a uno en los últimos 30 días, o necesita ayuda y/o apoyo para vivir en un entorno basado en el hogar y la comunidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió 'sí' a la pregunta anterior, es posible que deba solicitar Medicaid a largo plazo. Para hacerlo, necesita una solicitud diferente. Llame al Equipo de Atención al Cliente al 1-855-899-9600 y pida la solicitud 202LTC.			
12. ¿Es usted ciudadano o de nacionalidad de EE. UU.?		<input type="checkbox"/> Sí. Continúe con la pregunta 13. <input type="checkbox"/> No. Continúe con la pregunta 14.	
13. ¿Es usted un ciudadano naturalizado o derivado? <i>(Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.)</i>		<input type="checkbox"/> Sí. Complete a y b y luego continúe con la pregunta 15. <input type="checkbox"/> No. Continúe con la pregunta 15.	
a. Número de extranjero/USCIS: _____			
b. Número de certificado: _____			
14. Si no es ciudadano o de nacionalidad de EE. UU., ¿tiene una condición migratoria elegible? <input type="checkbox"/> Sí. Complete la información de su documentación a continuación. Si no puede responder 'sí', veremos si puede obtener Medicaid de Emergencia. Este programa paga emergencias, trabajo de parto y parto. Visite dvha.vermont.gov/apply para obtener información sobre la condición migratoria elegible.			
a. Tipo de documento de inmigración: _____	g. País de origen: _____		
b. Fecha de vencimiento del documento (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	h. Código de categoría: _____		
c. Número de extranjero/USCIS: _____	i. ¿Es usted, o su cónyuge o padre un veterano o un miembro activo del servicio del ejército estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
d. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	j. IDENTIFICACIÓN DE SEVIS: _____		
e. Fecha de entrada (mm/dd/aaaa): _____			
f. Número de pasaporte o documento: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno			



15. Medicaid retroactivo: ¿Tiene gastos médicos/dentales de los últimos 3 meses? Es posible que sea elegible para recibir asistencia que podría ayudarle a pagar o reembolsarle esos gastos. ¿Estuvo embarazada durante alguno de esos 3 meses? Entonces puede cumplir con las normas para la cobertura adicional de Medicaid.

¿Desea solicitar ayuda para los gastos médicos/dentales de los últimos 3 meses?

Sí No

16. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted la persona principal que cuida a este niño?

Sí No

17. ¿Es usted estudiante a tiempo completo? Sí. **En caso afirmativo, proporcione el estado de su residencia legal:** _____ No

18. ¿Estuvo en un hogar de crianza a los 18 años o más?

Sí No

Si la respuesta es Sí, marque esta casilla si estaba en un hogar de crianza en Vermont al cumplir los 18 años.

19. ¿Con qué grupo(s) racial(es) se identifica más?
(Opcional: marque todo lo que corresponda)

- Blanco Asiático
 Negro o Afroamericano Oriente Medio o África del Norte
 Origen hispano, latino o español Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 Indio americano o nativo de Alaska Otro: _____

Complete el Apéndice B: Miembro de la Familia Nativo Estadounidense o de Alaska

20. Si es hispano/latino: ¿Con qué grupo(s) étnico(s) se identifica más?
(Opcional: marque todo lo que corresponda)

- Mexicano Mexicoamericano Chicano/a Puertorriqueño
 Cubano Otro: _____

Información actual de trabajo e ingresos

EMPLEADO

Si actualmente está empleado, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 21.

TRABAJA POR CUENTA PROPIA

Continúe con la pregunta 32.

DESEMPLEADO

Continúe con la pregunta 33.

Empleo actual 1

21. Nombre del empleador (o empresa)

22. Número de teléfono del empleador (o empresa)

() -

23. Dirección del empleador (o empresa)

24. Salarios/propinas antes de los impuestos (ingreso bruto) \$ _____

POR: Hora Semana Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mes Año

25. Promedio de horas trabajadas cada semana en el último mes: _____

Si solo tiene un empleo, vaya a la pregunta 31.

Empleo actual 2

Si necesita más espacio, adjunte una página separada. Asegúrese de escribir el nombre y la fecha de nacimiento de la PERSONA 1 en la parte superior.

26. Nombre del empleador (o empresa)

27. Número de teléfono del empleador (o empresa)

() -

28. Dirección del empleador (o empresa)

29. Salarios/propinas antes de los impuestos (ingreso bruto) \$ _____

POR: Hora Semana Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mes Año

30. Promedio de horas trabajadas cada semana en el último mes: _____



Información adicional del empleo

31. ¿Alguno de estos empleos ofrece cobertura de seguro médico? Sí. **Complete el Apéndice C en la página 19.** No
32. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:
 a. ¿Qué tipo de trabajo hace? _____
 b. ¿Qué ingreso neto (la cantidad que queda después de pagar los gastos comerciales) obtendrá este mes? \$ _____
33. En el último año, usted: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno

Otros ingresos este mes

34. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y la frecuencia con la que lo recibe. Cuando se le pregunte "¿Con qué frecuencia?" indique si el monto se recibe semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente o anualmente.
 NOTA: No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, indemnización laboral, los pagos de veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- Ninguno
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Se firmó el acuerdo después de 2018? Sí No
- Red de cultivo/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Alquiler neto/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Seguro social (discapacidad, jubilación y beneficio para sobreviviente/viudez antes de Medicare o cualquier otra deducción)
 \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Qué estado paga los beneficios de desempleo? _____
- Otros ingresos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo(s): _____

Deducciones

35. Enumere las deducciones que puede reclamar de la sección "Ajustes a los ingresos" del anexo 1 de su **declaración federal sobre los ingresos 1040**. No incluya ninguna deducción detallada del anexo A.
- NOTA:** No debe incluir un costo que ya dedujo de su ingreso neto de trabajo por cuenta propia en la pregunta 32b.
- Ninguno
- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Se firmó el acuerdo después de 2018? Sí No
- Interés de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otras deducciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo(s): _____

Ingresos anuales

36. Complete **SOLO** si sus ingresos cambian durante el año, por ejemplo, si solo trabaja en un empleo una parte del año o recibe un beneficio solo algunos meses.

Sus ingresos totales **ESTE** año

\$ _____

Sus ingresos totales el **PRÓXIMO** año (si cree que será diferente)

\$ _____



La persona 1 está completa.

**Continúe con el PASO 2 en la página siguiente si tiene miembros adicionales en el hogar para informar.
 Si no, continúe con el PASO 3 en la página 8.**



Continúe completando el PASO 2 para su cónyuge, hijos que viven con usted y/o cualquier persona en su misma declaración federal sobre los ingresos. Si tiene más de dos personas en su familia, haga una copia de las páginas 5, 6 y 7 (antes de llenar esas páginas) o visite dvha.vermont.gov/apply para imprimir formularios adicionales y adjuntarlos a la solicitud. Si no presenta una declaración de impuestos, aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién debe incluir.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.)		2. ¿Relación con usted?	
3. Enumere cualquier otro nombre por el que se haya conocido a la PERSONA 2, incluido un nombre de soltera o un alias		4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
6. Estado civil <i>Si la PERSONA 2 es víctima de violencia doméstica y presenta la solicitud por separado de su cónyuge, puede indicar que "Nunca se ha casado".</i>		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/disuelto
		<input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Viudo	
7. Número de Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____		Esto es necesario si la PERSONA 2 quiere cobertura y tiene un SSN.	
8. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? Si no, dirección de la PERSONA 2: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿La PERSONA 2 tiene intenciones de presentar una declaración del impuesto federal sobre los ingresos el próximo año? (La PERSONA 2 aún puede solicitar cobertura de salud incluso si no presenta una declaración del impuesto federal sobre los ingresos).		<input type="checkbox"/> Sí. Responda las preguntas a - c. <input type="checkbox"/> No. Continúe con la pregunta c.	
a. ¿La PERSONA 2 presentará una declaración conjunta con un cónyuge?		<input type="checkbox"/> Sí. Nombre del cónyuge: _____ <input type="checkbox"/> No	
b. ¿La PERSONA 2 incluirá algunos dependientes en su declaración de impuestos? (Los contribuyentes conjuntos deben enumerar los mismos dependientes).		<input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo, nombre(s) de los dependientes: _____ <input type="checkbox"/> No	
c. ¿Aparecerá la PERSONA 2 como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? (La PERSONA 2 no puede ser a la vez dependiente y contribuyente que presenta de manera conjunta).		<input type="checkbox"/> Sí. Nombre del contribuyente: _____ <input type="checkbox"/> No	
		¿Cómo se relaciona la PERSONA 2 con el contribuyente que presenta? _____	
10. ¿La PERSONA 2 está embarazada?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan? _____		Fecha estimada de parto (mm/dd/aaaa)? _____	
11. ¿La PERSONA 2 está solicitando cobertura de salud? (Incluso si la PERSONA 2 tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos).		<input type="checkbox"/> Sí. Continúe con la pregunta 12. <input type="checkbox"/> No. Continúe con la información sobre el trabajo actual y los ingresos en la página 6.	
12 a. ¿La PERSONA 2 tiene una enfermedad física, mental, de aprendizaje o emocional que hace que necesite ayuda regularmente con algunas o todas sus actividades de cuidado personal (como bañarse, vestirse, comer, leer, tareas diarias, etc.)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la PERSONA 2 respondió 'sí' a la pregunta anterior, o si la PERSONA 2 califica para Medicare, revise la información al comienzo del Suplemento (en la página 12) Si quiere que veamos si la PERSONA 2 califica para la cobertura de salud para personas mayores de 65 años, y/o ciegas o discapacitadas, completar el Suplemento después de completar la solicitud principal. Por ahora, continúe con la pregunta 12b.			
b. ¿Está la PERSONA 2 en un centro médico o en un hogar de ancianos, o se ha mudado a uno, en los últimos 30 días, o necesita ayuda y/o apoyo para vivir en un entorno basado en el hogar y la comunidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la PERSONA 2 respondió 'sí' a la pregunta anterior, es posible que la PERSONA 2 deba solicitar Medicaid a largo plazo. Para hacerlo, necesita otra solicitud. Llame al Equipo de Atención al Cliente al 1-855-899-9600 y pida la solicitud 202LTC.			
13. ¿La PERSONA 2 es ciudadano o de nacionalidad de EE. UU.??		<input type="checkbox"/> Sí. Continúe con la pregunta 14. <input type="checkbox"/> No. Continúe con la pregunta 15.	
14. ¿La PERSONA 2 es un ciudadano naturalizado o derivado? (Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.)		<input type="checkbox"/> Sí. Complete a y b y luego continúe con la pregunta 16. <input type="checkbox"/> No. Continúe con la pregunta 16.	
a. Número de extranjero/USCIS: _____			
b. Número de certificado: _____			



15. Si la PERSONA 2 no es ciudadano o de nacionalidad de los EE. UU., ¿tiene una condición migratoria elegible?

Sí. Complete la información de su documentación a continuación.

Si la PERSONA 2 no puede responder 'sí', veremos si puede obtener Medicaid de Emergencia. Este programa paga emergencias, trabajo de parto y parto. Visite dvha.vermont.gov/apply para obtener información sobre la condición migratoria elegible.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

g. País de origen: _____

b. Fecha de vencimiento del documento (mm/dd/aaaa): _____ Ninguna

h. Código de categoría: _____

c. Número de extranjero/USCIS: _____

i. ¿Es la PERSONA 2, o su cónyuge o padre, un veterano un miembro activo del servicio del ejército estadounidense? Sí No

d. ¿La PERSONA 2 ha vivido en los EE. UU. desde 1996? Sí No

j. IDENTIFICACIÓN DE SEVIS: _____

e. Fecha de entrada (mm/dd/aaaa): _____

f. Número de pasaporte o documento: _____ Ninguno

16. Medicaid retroactivo: ¿La PERSONA 2 tiene gastos médicos/dentales de los últimos 3 meses? Es posible que sea elegible para recibir asistencia que podría ayudarle a pagar o reembolsarle esos gastos. ¿La PERSONA 2 estuvo embarazada durante alguno de esos 3 meses? Entonces puede cumplir con las normas para la cobertura adicional de Medicaid.

¿La PERSONA 2 desea solicitar ayuda con los gastos médicos/dentales de los últimos 3 meses? Sí No

17. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida a este niño? Sí No

18. ¿Es La PERSONA 2 un estudiante de tiempo completo? Sí. En caso afirmativo, proporcione el estado de su residencia legal: _____ No

19. ¿La PERSONA 2 estuvo en un hogar de crianza a los 18 años o más? Sí No

En caso afirmativo, marque esta casilla si estaba en un hogar de crianza en Vermont al cumplir los 18 años.

20. ¿Con qué grupo(s) racial(es) se identifica más la PERSONA 2? (Opcional: marque todo lo que corresponda)

Blanco

Asiático

Negro o Afroamericano

Oriente Medio o África del Norte

Origen hispano, latino o español

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Indio americano o nativo de Alaska

Otro: _____

Complete el Apéndice B: Miembro de la Familia Nativo Estadounidense o de Alaska

21. Si es hispano/latino: ¿Con qué grupo étnico se identifica más la PERSONA 2? (Opcional, marque todo lo que corresponda)

Mexicano

Mexicanoamericano

Chicano/a

Puertorriqueño

Cubano

Otro: _____

Información actual de trabajo e ingresos

EMPLEADO

Si la PERSONA 2 está actualmente empleada, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 22.

TRABAJA POR CUENTA PROPIA

Continúe con la pregunta 33.

DESEMPLEADO

Continúe con la pregunta 34.

Empleo actual 1

22. Nombre del empleador (o empresa)

23. Número de teléfono del empleador (o empresa)

() -

25. Salarios/propinas antes de impuestos (ingreso bruto) \$ _____

POR: Hora Semana Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mes Año

26. Promedio de horas trabajadas cada semana en el último mes: _____

Si la PERSONA 2 solo tiene un empleo, continúe con la pregunta 32.

Empleo actual 2 Si necesita más espacio, adjunte una página separada. Asegúrese de escribir el nombre y la fecha de nacimiento de la PERSONA 1 en la parte superior.

27. Nombre del empleador (o empresa)

28. Número de teléfono del empleador (o empresa)

() -

29. Dirección del empleador (o empresa)



30. Salarios/propinas antes de impuestos (ingreso bruto) \$ _____

POR: Hora Semana Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mes Año

31. Promedio de horas trabajadas cada semana en el último mes: _____

Información adicional del empleo

32. ¿Alguno de estos empleos ofrece cobertura de seguro médico?

 Sí. **Complete el Apéndice C en la página 19.** No

33. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

- a. ¿Qué tipo de trabajo hace la PERSONA 2? _____
- b. ¿Qué ingreso neto (la cantidad que queda después de pagar los gastos comerciales) recibirá la PERSONA 2 este mes? \$ _____

34. En el último año, la PERSONA 2:

 Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno

Otros ingresos este mes

35. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que la PERSONA 2 lo recibe. Cuando se le pregunte "¿Con qué frecuencia?", indique si el monto se recibe semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente o anualmente.

NOTA: No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, indemnización laboral, los pagos de veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Ninguno Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Se firmó el acuerdo después de 2018? Sí No Red de cultivo/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Alquiler neto/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Seguro social (discapacidad, jubilación y beneficio para sobreviviente/viudez antes de Medicare o cualquier otra deducción)

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

 Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Qué estado paga los beneficios de desempleo? _____ Otros ingresos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo(s): _____

Deducciones

36. Enumere las deducciones que la PERSONA 2 puede reclamar de la sección 'Ajustes a los ingresos' del anexo 1 de su **declaración federal sobre los ingresos 1040**. No incluya ninguna deducción detallada del anexo A.**NOTA:** No debe incluir un costo que la PERSONA 2 ya ha deducido de su ingreso neto de trabajo por cuenta propia en la pregunta 33b. Ninguno Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Se firmó el acuerdo después de 2018? Sí No Interés de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otras deducciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo(s): _____

Ingresos anuales

37. Complete SOLO si los ingresos de la PERSONA 2 cambian durante el año, por ejemplo, si solo trabaja en un empleo una parte del año o recibe un beneficio solo algunos meses.

Ingresos totales de la PERSONA 2 **ESTE** añoIngresos totales de la PERSONA 2 el **PRÓXIMO** año (si cree que será diferente)

\$ _____

\$ _____

**El PASO 2 está completo. Continúe con el PASO 3.**

Si tiene más de dos personas en su familia, haga una copia de las páginas 5, 6 y 7 (antes de llenar esas páginas) o visite dvha.vermont.gov/apply para imprimir formularios adicionales y adjuntarlos a la solicitud.

PASO 3

La cobertura de salud de su familia



1. ¿Hay alguna persona enumerada en esta solicitud a quien le ofrecieron cobertura de salud de un empleo? Sí. **Complete el Apéndice C en la página 19.**
Responda "Sí", incluso si la cobertura es del empleo de otra persona, como un padre o cónyuge. No

2. ¿Hay alguna persona actualmente inscrita en la cobertura de salud de cualquiera de las siguientes opciones? Sí. **Marque el tipo de cobertura y escriba el nombre de la persona junto a la cobertura que tiene.**
No se incluye cobertura dental. Si su cobertura bajo uno de los programas a continuación está por terminar, responda "No". No

- Medicaid/Dr. Dynasaur _____
- Programa para Empleados Federales _____
- Cuerpo de Paz _____
- Seguro del empleador. Si marca esta casilla, **responda la pregunta 4.**
- Otros seguros. Si marca esta casilla, **responda la pregunta 4.**
- TRICARE (No marque si tiene cuidado directo o Cumplimiento de sus funciones) _____
- Programas de atención médica de VA _____

3. ¿Alguna persona es elegible para, o está inscrito en Medicare?
 Sí. **Complete la tabla a continuación.** Puede encontrar la mayor parte de la información en el frente de su tarjeta de Medicare. **Si respondió que sí, es posible que desee completar el Suplemento (a partir de la página 12)** para saber si califica para cobertura de salud para personas mayores de 65 años y/o ciegas o discapacitadas.
 No. **Continúe con la pregunta 4.**

Nombre		Nombre	
Número de Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI)		Número de Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI)	
Parte A	Parte B	Parte A	Parte B
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa):	Fecha de inicio (mm/dd/aaaa):	Fecha de inicio (mm/dd/aaaa):	Fecha de inicio (mm/dd/aaaa):
_____	_____	_____	_____
Prima \$ _____	Prima \$ _____	Prima \$ _____	Prima \$ _____

4. **Si marcó la casilla en la pregunta 2 para el seguro del empleador u otro seguro, complete la tabla a continuación. De lo contrario, continúe con el PASO 4 en la página 9.** La mayor parte de la información solicitada a continuación se puede encontrar en el anverso y reverso de su tarjeta de seguro. Si tiene cobertura de seguro médico adicional para informar y necesita más espacio, copie esta página.

Nombre de la compañía de seguros		Número de teléfono de la compañía de seguros () -	Servicios cubiertos: <input type="checkbox"/> Recetas <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Médicos/hospitales <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Paciente externo <input type="checkbox"/> Otros: _____
Dirección de facturación de la compañía de seguros			_____
ID/Número de póliza del miembro	Número de grupo		_____
Nombre del titular de la póliza			Fecha de inicio de la cobertura (mm/dd/aaaa)
Nombres de las personas cubiertas		Relación con el titular de la póliza	
_____		_____	

¿Es esta la cobertura COBRA? Sí No

¿Es este un plan de salud para jubilados? Sí No

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)? Sí No

El PASO 3 está completo. Continúe con el PASO 4.



Esta sección pregunta sobre los cambios en la vida que pueden permitirle inscribirse fuera de la Inscripción abierta.

Si cumple con las normas de ingresos y otras, no necesita completar esta sección. Puede inscribirse o cambiar de plan de salud en cualquier momento. Para ver si cumple con los requisitos de ingresos y otras normas, visite <http://VermontHealthConnect.gov>. Haga clic en el enlace 'Tablas de Elegibilidad'. Tiene una imagen de escalas de medición. O llame gratis al equipo de atención al cliente al **1-855-899-9600**.

¿Qué sucede si no cumple con los ingresos y otras normas? Los cambios en la vida pueden permitirle inscribirse en un plan de seguro médico de inmediato. Es posible que le concedan un Período de Inscripción Especial (SEP) de 60 días para inscribirse. Algunos cambios en la vida son el matrimonio, el divorcio, tener o adoptar un hijo o perder la cobertura médica. Existen muchos otros cambios en la vida.

¿Alguien en esta solicitud ha tenido un cambio en la vida en los últimos 60 días? En caso afirmativo, responda las preguntas a continuación. Si no tiene cambios en su vida, puede omitir estas preguntas e ir al PASO 5 en la página 10.

1. ¿Alguien en su hogar perdió la cobertura médica en los últimos 60 días, o alguien espera perder la cobertura médica en los próximos 60 días? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ **Último día de cobertura (mm/dd/aaaa):** _____

¿Por qué? _____

2. ¿Su hogar ganó un dependiente por nacimiento, adopción o colocación en hogares de crianza en los últimos 60 días? Sí, por nacimiento No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Fecha de nacimiento, adopción o colocación (mm/dd/aaaa): _____

Sí, por adopción

Sí, por hogar de crianza

3. ¿Mediante una orden judicial o administrativa se ha exigido a alguno de los padres en su hogar que proporcione seguro médico para un hijo dependiente en los últimos 60 días? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Fecha en que se ordenó el inicio de la cobertura (mm/dd/aaaa): _____

4. ¿Alguien se unió a su hogar a través del matrimonio en los últimos 60 días? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ **Fecha de matrimonio (mm/dd/aaaa):** _____

¿Tuvo cobertura calificada en los 60 días anteriores al matrimonio? Sí No

5. ¿Alguien en su hogar se mudó a Vermont en los últimos 60 días o alguien espera mudarse a Vermont en los próximos 60 días? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ **Fecha de llegada a Vermont (mm/dd/aaaa):** _____

¿Tuvo cobertura calificada en los 60 días anteriores a la mudanza? Sí No

6. ¿Alguien en su hogar fue liberado (de la cárcel o prisión) en los últimos 60 días, o alguien espera salir en los próximos 60 días? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ **Fecha de liberación (mm/dd/aaaa):** _____

7. ¿Alguien en su hogar experimentó uno de los siguientes cambios en su ciudadanía o condición migratoria en los últimos 60 días? Sí, obtuvo la ciudadanía estadounidense No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ **Fecha del cambio (mm/dd/aaaa):** _____

Sí, obtuvo una condición migratoria elegible

Sí, ahora legalmente presente

8. ¿Hubo alguna circunstancia en los últimos 60 días que impidió la inscripción, como una enfermedad grave o un desastre natural, que usted cree que debería hacer que un miembro del hogar reúna las condiciones necesarias para un Período de Inscripción Especial? **Sí, explique a continuación:** No

PASO 5 Elegibilidad futura



La elegibilidad se debe volver a determinar cada año para renovar su cobertura. Podemos verificar la información del hogar en el momento de la renovación utilizando fuentes de datos electrónicos, incluida la información de las declaraciones de impuestos, pero debemos contar con su permiso para hacerlo.

Si responde Sí a continuación, es posible que podamos volver a determinar su elegibilidad sin que tenga que hacer nada. Esto incluye la elegibilidad para Medicaid/Dr. Dynasaur y por obtener ayuda para pagar un plan de seguro médico. Puede decir Sí hasta por 5 años.

Sí. Autorizo el uso de fuentes de datos electrónicos para volver a determinar mi elegibilidad para: 5 años (el número máximo de años permitido) 4 años 3 años 2 años 1 año

Si dice NO y obtiene ayuda para pagar un plan de seguro médico, no recibirá esa ayuda cuando se renueve su cobertura. Tendrá que pagar el precio total de su plan de seguro médico hasta que nos proporcione más información. Si tiene Medicaid/Dr. Dynasaur, es posible que no podamos volver a determinar su elegibilidad sin que nos brinde más información. Si dice NO ahora, puede brindarnos este permiso en una fecha posterior.

NO. No autorizo el uso de fuentes de datos electrónicos para volver a determinar mi elegibilidad: 0 años: no autorizo el uso de fuentes de datos electrónicos para volver a determinar mi elegibilidad en este momento.

IMPORTANTE: Puede cambiar de opinión en cualquier momento acerca de darnos permiso para usar fuentes de datos electrónicos para volver a determinar su elegibilidad llamando al Equipo de Atención al Cliente al 1-855-899-9600. También puede llamar al Equipo de Atención al Cliente para finalizar la cobertura o realizar cambios en la información de su solicitud.

PASO 6 Miembros de la familia Nativos Estadounidenses o de Alaska



¿Es usted, o alguien de su familia, Nativo Estadounidense o de Alaska, o alguien ha recibido servicios del Programa de Salud Para Indígenas estadounidenses (IHS)?

- No. **Continúe con el siguiente PASO.**
 Sí. **Continúe con el siguiente PASO y también complete el Apéndice B en la página 18.**

PASO 7 Familiares encarcelados (detenidos o presos)



¿Alguien que solicita seguro médico en esta solicitud está encarcelado?

- No. **Continúe con el siguiente PASO.**
 Sí. **Díganos quién:** _____
 Marque aquí si esta persona está pendiente de disposición de cargos.
(Disposición pendiente significa que la persona está en la cárcel o prisión, pero no ha sido condenada por ningún delito).

PASO 8 Envíe por correo la solicitud completa y firmada



DIRECCIÓN POSTAL:

Vermont Health Connect
280 State Drive, NOB 1 South
Waterbury, VT 05671-8100

NO OLVIDE FIRMAR SU SOLICITUD EN LA PÁGINA 11.



Usted DEBE firmar abajo en la "X" roja. Si no firma, le devolveremos la solicitud. Esto puede retrasar su cobertura de salud.

La persona indicada en el PASO 1 debe firmar esta solicitud. ¿Es usted el representante autorizado de esa persona? Entonces puede firmar por esa persona **SI** esta firmó el Apéndice A en la página 17. ¿Es usted el tutor legal o tiene un poder notarial de la persona que figura en el PASO 1? Entonces, envíe un comprobante con esta solicitud.

Al firmar, usted acepta que:

- Ha leído y comprende sus derechos y responsabilidades. Se enumeran en las páginas ii y iii de esta solicitud.
- Está firmando bajo pena de perjurio. Esto significa que debe dar respuestas verdaderas a todas las preguntas. Si miente a propósito, podría recibir una multa o ir a prisión.
- Todos los que solicitan cobertura de salud en esta solicitud son residentes de Vermont. Una persona debe ser residente de Vermont para obtener cobertura de salud de Vermont.

¿La persona que presenta la solicitud es un niño menor de edad o un adulto discapacitado que necesita ayuda para presentar la solicitud? ¿Firma en su nombre? Entonces acepta que:

- La persona que presenta la solicitud es un niño menor de edad o un adulto discapacitado que necesita asistencia para presentar la solicitud (está incapacitado). Usted está brindando información para obtener o mantener la atención médica para esa persona.
- Dirá la verdad sobre lo que sabe acerca de la persona que solicita.
- Usted comprende que no puede mantener ninguna información en secreto ni mentir a propósito. Si lo hace, es posible que deba pagar una multa o ir a prisión. Usted acepta informarle a DVHA de inmediato si las cosas cambian para la persona que presenta la solicitud.

Firme aquí (persona que solicita o firma en su nombre)

Fecha (mm/dd/aaaa)

X

¿Está firmando porque la persona que solicita es un niño menor de edad o un adulto discapacitado que necesita asistencia (está incapacitado)? Complete la parte a continuación en caso de que necesitemos comunicarnos con usted acerca de la solicitud.

Nombre de la persona que firma por un niño menor de edad o un adulto discapacitado que necesita asistencia (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.))

Nombre de la agencia (si la hay)

Número de teléfono
() -

Dirección/apartado postal

Ciudad/Localidad

Estado

Código postal

Registro de votantes: Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿le gustaría recibir una solicitud de registro de votantes?

Sí No

Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. El hecho de solicitar el registro o de negarse a registrarse para votar no afectará su derecho a los beneficios o a la cantidad que le conceda esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad a la hora de decidir si se registra o de solicitar el registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Oficina del Secretario de Estado en 128 State Street, Montpelier, VT 05633-1101, o llamar al **1-802-828-2363**.

Mujeres, bebés y niños (WIC). El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños ofrece exámenes de detección de salud, educación nutricional y alimentación para mujeres embarazadas, mujeres lactantes y niños menores de 5 años. Para conocer más sobre este programa, llame gratis al **1-800-464-4343** o visite la página web de WIC en healthvermont.gov/wic.

¿Alguna de las siguientes opciones es verdadera para usted u otra persona en su solicitud? En ese caso, es posible que no hayas terminado.

¿Completará el Suplemento para Ancianos, Ciegos y Discapacitados?

Sí No

Existen otros programas que pueden ayudar con los costos de atención médica, medicamentos y Medicare. Podemos verificar si alguien en su hogar cumple con las normas para obtenerlos. Consulte la información a continuación. ¿Alguna de las siguientes opciones es verdadera para cualquier persona en la solicitud? Entonces, lea la información que se encuentra al **principio del Suplemento (en la página 12)**.

- Una persona en la solicitud necesita ayuda con parte o la totalidad de su cuidado personal. Esto significa bañarse, vestirse, comer, leer, hacer las tareas diarias, etc.
- Una persona tiene Medicare o cumple con las normas para obtenerlo.

¿Recibió ayuda con esta solicitud?

Es posible que necesite completar el **Apéndice A**: Díganos quién le ayuda con esta solicitud (página 17)

¿Alguien es nativo estadounidense o de Alaska?

Complete el **Apéndice B**: Miembro de la familia nativo estadounidense o de Alaska (página 18)

¿Usted reúne los requisitos para recibir, o está inscrito en un seguro de un empleador?

Complete el **Apéndice C**: Infórmenos sobre la cobertura de salud de empleos (página 19)



¡Importante! Necesitamos más información para saber si califica para los programas de cobertura de salud que solo están disponible para personas mayores de 65 años, ciegos o discapacitados. Usaremos la información en este Suplemento, junto con la información que proporcionó en la solicitud principal, para saber para qué califica. Si no está seguro si necesita completar este suplemento, llame al Equipo de Atención al Cliente. Consulte la lista de programas a continuación.

Si desea alguno de los programas a continuación, complete los pasos 1 a 5 en el Suplemento.

Medicaid para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (MABD)

para personas mayores de 65 años y/o ciegos o discapacitados.

VPharm (Programa de Farmacia)

para personas con Medicare para ayudar a pagar los medicamentos recetados.

Programas de Ahorros de Medicare (MSP)

para personas con Medicare para ayudar a pagar las primas, los deducibles y los copagos de Medicare.

Atención Domiciliaria para Niños Discapacitados (DCHC) (Katie Beckett)

para niños con discapacidades que viven en casa y serían elegibles para Medicaid si vivieran en una institución. Los ingresos y recursos de los padres no se tienen en cuenta al determinar la elegibilidad. Sin embargo, necesitamos conocer los ingresos y recursos del niño.

Programa Healthy Vermonters (HVP)

para todos los habitantes de Vermont sin cobertura de farmacia. Este programa proporciona un descuento en algunas recetas.

Si solo desea solicitar VPharm, HVP y/o MSP, puede completar un 201P. Para conocer más información, llame al Equipo de Atención al Cliente.

LEA ESTO ANTES DE COMPLETAR EL SUPLEMENTO.

Si está casado, usted y su cónyuge PUEDEN ser evaluados juntos en un Suplemento. Incluso si solo uno de ustedes quiere ser evaluado, aún necesitamos información sobre ambos.

¿Su hijo está solicitando DCHC (Katie Beckett)? Si es así, complete el Paso 1 con el nombre de su hijo. Complete los pasos 2 a 4 solo con la información de su hijo. Le haremos saber si necesitamos más información.

¿Alguien más también está solicitando? En caso afirmativo, debe completar un Suplemento SEPARADO para ellos. Haga copias de las páginas 13 a 16 antes de completarlas o llame al Equipo de Atención al Cliente y le enviaremos un suplemento por separado.



PASO 1 Información sobre usted

1. Su nombre (primero, segundo, apellido): Programa que solicita: MABD DCHC

2. Nombre de su cónyuge (primero, segundo, apellido): Programa que solicita: MABD DCHC

3. ¿Usted o su cónyuge solicitaron "Ayuda adicional" (también llamada Subsidio por bajos ingresos)? Sí No
disponible a través del Seguro Social para los costos del plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare?

Nombre	Fecha de la solicitud

4. ¿Usted o su cónyuge viven fuera de su hogar en un hogar de cuidado residencial, hogar grupal o centro de vida asistida? Sí No

Nombre	Nombre de la instalación	Fecha de admisión

PASO 2 Recursos

Si necesita más espacio, adjunte una página separada. Asegúrese de escribir su nombre y fecha de nacimiento en la parte superior.

1. Infórmenos sobre las propiedades que usted o su cónyuge poseen o están comprando. Esto incluye bienes que son de propiedad conjunta o que se mantienen en un patrimonio vitalicio. Sin propiedad

Ejemplos: Casa, casa móvil, campamento, almacén, lote baldío, multipropiedad, terreno, propiedad de alquiler, propiedad comercial

Nombre(s) del propietario	Propiedad conjunta	Dirección completa de la propiedad	Tipo de propiedad	Valor	Cantidad adeudada
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$

2. Cuéntenos sobre los vehículos que usted o su cónyuge poseen o están comprando. (No incluya vehículos arrendados). Sin vehículos

Ejemplos: Auto, furgoneta, remolque, camión, VTT, caravana, SUV, barco, motocicleta, motonieve/moto acuática

Nombre(s) del propietario	Propiedad conjunta	Tipo de vehículo	Año	Marca/modelo	Valor	Cantidad adeudada
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$	\$

3. ¿Usted o su cónyuge tienen dinero en efectivo, una cuenta o algún otro recurso del dinero ganado como una persona con discapacidad que trabaja? Sí No

Nombre(s) del propietario	Tipo de recurso	Valor	Fecha de apertura o compra
		\$	
		\$	



4. Infórmenos sobre cualquier póliza de seguro de vida o cuentas de entierro que tengan usted o su cónyuge.

Sin pólizas de seguro de vida
 Sin cuentas para entierro

Nombre(s) del propietario	Tipo de recurso	Valor
	Seguro de vida: <input type="checkbox"/> A término <input type="checkbox"/> Permanente	Valor nominal \$ Valor en efectivo \$
	Seguro de vida: <input type="checkbox"/> A término <input type="checkbox"/> Permanente	Valor nominal \$ Valor en efectivo \$
	Cuenta configurada para gastos de entierro: ¿Es irrevocable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
	Cuenta configurada para gastos de entierro: ¿Es irrevocable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
	Sepultura, lápida, etc.	\$
	Sepultura, lápida, etc.	\$

5. ¿Usted o su cónyuge tienen una cuenta ABLE (Lograr una mejor experiencia de vida) ?

Sí No

Nombre(s) del propietario	Fecha de apertura	Nombre de la empresa donde se mantiene la cuenta

6. Infórmenos sobre cualquier otro recurso del que usted o su cónyuge sean propietarios o copropietarios.

Ningún otro recurso

Ejemplos:

- Anualidades
- Cuentas de educación
- Cuentas de hogares de ancianos
- Cuentas de retiro
- Cuentas bancarias
- Cuentas individuales de desarrollo
- Cuentas PASS (Plan para lograr la autosuficiencia)
- Bonos de ahorro
- Efectivo
- Herencia
- Pagará
- Acciones
- Certificados de depósitos
- Cuentas del mercado monetario
- Cuentas para representantes del beneficiario
- Fideicomisos
- Cuentas corrientes y de ahorro
- Fondos mutuos
- Fondos universitarios

Nombre(s) del propietario	Propiedad conjunta	Tipo de recurso	Número de cuenta	Valor	Nombre de la institución financiera
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	

PASO 3 Ingreso adicional

1. ¿Le pagan a usted o a su cónyuge por cuidar niños?

Sí No

Si informa este ingreso en su declaración de impuestos, responda "No" y continúe con la pregunta 2.

En caso afirmativo: Enumere los ingresos antes de las deducciones de los últimos 30 días y, si proporciona comidas y no recibe dinero por ellas, enumere la cantidad de comidas que proporciona cada mes.

Nombre	Ingresos antes de deducciones	Desayuno	Almuerzo	Cena	Bocadillos
	\$ por				

2. ¿Le pagan a usted o a su cónyuge por proporcionar alojamiento o comidas en su hogar? (Incluya los pagos de los niños). Sí No

Si informa este ingreso en su declaración de impuestos, responda "No" a esta pregunta y continúe con la pregunta 3.

Nombre	Pago	Nombre de la persona que paga	Marque todo lo que corresponda
	\$ por		<input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> 1-2 comidas por día <input type="checkbox"/> 3 comidas por día
	\$ por		<input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> 1-2 comidas por día <input type="checkbox"/> 3 comidas por día



3. Infórmenos sobre los ingresos adicionales que usted o su cónyuge recibieron este mes o el mes pasado. Sin ingresos adicionales
 No repita *ingresos ya enumerados anteriormente o en la solicitud principal.*

Ejemplos:

- *Manutención infantil*
- *Seguro*
- *Asistencia pública en efectivo*
- *Indemnización por desempleo*
- *Intereses/dividendos**
- *Pago de póliza de seguro LTC*
- *Jubilación ferroviaria*
- *Pago a veteranos*
- *Ayuda financiera*
- *Otro dinero en efectivo recibido*
- *Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)*
- *Indemnización laboral*

† Bc]bW rb]bHYGg'XY' i bUWYbHU'56@9VW]ZVXU'

Para quien es esto	Tipo de ingreso	Con qué frecuencia (semanal, mensual, trimestral)	Monto ANTES de impuestos y deducciones
			\$
			\$
			\$

4. Si no ha informado ingresos en esta solicitud, incluso en este Suplemento, díganos cómo se pagan sus gastos diarios.

D5GC' ; Ughcg

G]bYWg]HU'a zgYgdUM'czUX1 bHY' i bU'dz []bU'gdU'XU"5gY[• fYg'XY'gM]M]f'g' bca VFY'mZVWUXY'bUM]a]Ybr'c'Yb`U'dUHY'g' dYf]cP'

%' Cuéntenos sobre los gastos médicos continuos que usted o su cónyuge tienen que no están cubiertos por el seguro. Sin gastos médicos

Ejemplos: *analgésicos, cuidado personal, antiácidos, baterías para audífonos, vitaminas, etc.*

Nombre	Producto o servicio necesario	Dosis o cantidad de pastillas	Con qué frecuencia	Costo promedio mensual
				\$
				\$
				\$
				\$

&" Si usted o su cónyuge son ciegos o discapacitados Y trabajan, ¿pagan gastos relacionados con el trabajo? Sí No

9'Ya d'cg

- *Transporte hacia/desde el trabajo, incluidas las modificaciones del vehículo*
- *Dispositivos médicos como sillas de ruedas.*
- *Cargos relacionados con el trabajo, como licencias, cuotas de asociaciones profesionales, cuotas sindicales, impuestos sobre la renta federales, estatales y locales, impuestos del Seguro Social, aportes de pensiones obligatorios, comidas consumidas durante las horas de trabajo*
- *Formación relacionada con la limitación*
- *Modificaciones estructurales en el hogar.*
- *Costo de comprar y cuidar un perro guía*
- *Atención asistida*

Nombre	Gasto	Con qué frecuencia	Cuánto
			\$
			\$
			\$

' " Infórmenos sobre cualquier otro gasto que usted o su cónyuge tengan. No repita los gastos ya enumerados anteriormente. No incluya los gastos de vivienda (como alquiler, hipoteca, servicios públicos, etc.). Sin otros gastos

Ejemplos: *Cuidado de niños, manutención infantil, pensión alimenticia, cuidado de ancianos dependientes, primas de seguro médico*

Para quién es	Quién paga este gasto	Tipo de gasto	Cada cuanto se paga	Cantidad pagada
				\$
				\$



PASO 5

Firme este Suplemento

Usted DEBE firmar abajo en la "X" roja. Si no firma, se lo devolveremos. Esto puede retrasar su cobertura de salud. ¿Su cónyuge presenta la solicitud con usted? Debe firmar en la segunda "X" roja.

¿Su cónyuge no solicita con usted? Consulte *Información y Autorización para Verificación de Recursos* a continuación.

Está firmando bajo pena de perjurio. Esto significa que usted jura que dio respuestas verdaderas a todas las preguntas. Si miente a propósito, podría recibir una multa o ir a prisión. Usted entiende que también debe firmar la página 11 de esta solicitud.

Su firma (o la firma de la persona que firma en su nombre) X	Fecha (mm/dd/aaaa)
La firma de su cónyuge (o la firma de la persona que firma en nombre de su cónyuge) X	Fecha (mm/dd/aaaa)

¿Está casado pero su cónyuge no está solicitando con usted? Entonces su cónyuge debe completar lo siguiente:

Prueba de Recursos

¿Es usted el cónyuge de la persona que solicita Medicaid en este Suplemento? Complete esto y firme en la "X" roja a continuación. Esto permite que el Departamento de Acceso a la Salud de Vermont (DVHA) y los representantes autorizados soliciten registros. Solicitarán sus registros financieros de los bancos y otros lugares financieros.

¿Qué sucede si no completa y firma esto? Su cónyuge puede ser rechazado o perder su Medicaid.

Para la persona que solicita Medicaid: ¿Qué sucede si su cónyuge se niega a firmar esto? ¿O qué sucede si no puede encontrar a su cónyuge? Aun así, puede enviarnos este Suplemento.

Acepto que los bancos y otros lugares financieros den información sobre mis recursos. El motivo de esto es ver si mi cónyuge puede obtener o conservar Medicaid.

Este acuerdo será válido hasta que se denegue la solicitud de mi cónyuge. O hasta que mi cónyuge ya no cumpla con las normas para recibir Medicaid. O hasta que envíe una carta a DVHA para retirar mi acuerdo.

Número de Seguro Social (del cónyuge)****No tiene que darnos esto. Pero nosotros podremos saber más rápido si puede obtener Medicaid.**

— — — — —

(Nombre del cónyuge) Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.)

Firma del cónyuge/representante legal X	Fecha (mm/dd/aaaa)
---	--------------------

NOTA: ¿El representante legal de un cónyuge firma esta autorización? En caso afirmativo, envíenos el documento legal que dice que pueden firmar por el cónyuge.



El Suplemento ya está completo. También debe firmar la solicitud principal en la página 11. Si no necesita completar el Apéndice A, B o C y ha firmado la solicitud principal, ya ha terminado.



bcfa U]CB`XY`UD9F GCB5`%

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.)	Últimos 4 dígitos de su SSN _ _ _ _
---	--

Di YXY`Y`Y[]f`U`i b`F`YdfYgYbHbH`5`i hcf]nUXc`

Puede dar permiso a una persona de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluida la obtención de información sobre su solicitud y la firma de la solicitud en su nombre. Esta persona se llama representante autorizado. Es su elección si desea tener un representante autorizado.

G]`XYV]KY`H`bYf`i`bc.

- Estará vigente mientras reciba beneficios de salud, a menos que nos solicite que lo cambiemos o lo detengamos.
- No somos responsables de lo que un representante autorizado haga con su información (como divulgarla).
- Si desea tener una copia de este formulario, solicítela.

G]`XYV]KY`bc`H`bYf`i`bc.

- No afectará su elegibilidad ni sus beneficios.
- No divulgaremos su información a menos que la ley lo permita.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.))

2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad/Localidad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono () -		
8. Nombre de la organización (si corresponde)		9. Número de identificación (si corresponde)

Al firmar, permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre la solicitud y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

%\$`G`Z]fa U	%%`: YWU`f`a`#XX#UUU`
--------------	-----------------------

Di YXY`Y`Y[]f`i`b`bcfa`UbH`5`H`fbU]j`c`

Puede dar permiso a una persona de confianza para que solo obtenga copias de los avisos sobre su solicitud y sobre la cobertura para usted y otras personas en la solicitud. Esta persona se llama Informante Alternativo. Un Informante Alternativo **bc`di`YXY`** actuar por usted o informar cambios por usted, pero pueden ayudarlo a comprender los avisos o recordarle si le solicitamos información.

1. Nombre del Informante Alternativo (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.))

2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad/Localidad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono () -		
8. Nombre de la organización (si corresponde)		9. Número de identificación (si corresponde)

Al firmar, permite que esta persona reciba únicamente copias de los avisos sobre su solicitud y sobre la cobertura para usted y los demás en esta solicitud y todos los asuntos futuros con esta agencia.

%\$`G`Z]fa U	%%`: YWU`f`a`#XX#UUU`
--------------	-----------------------

DUFU`W`a`V]Jf`c`Y`]a`]bUf`U`i`b`F`YdfYgYbHbH`5`i`hcf]nUXc`c`bcfa`UbH`5`H`fbU]j`c`z`U`a`Y`U`9`ei`]dc`XY`5`H`bV]CB`U`7`]YbH`
f]Yg`c`bc`UZV]Ufz`U`]bcfa`U]CB`ei`Y`nb`Y`a`cg`V`a`dU]H]Xc`

189796+5 5MI 853 Visite dvha.vermont.gov/apply o llame al Equipo de Atención al Cliente al (% ,) ! , - - ! - * \$\$.

Para servicios de retransmisión/TTY, marque +%

Dz []bU`%`XY`&\$



Información de la PERSONA 1

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.)	Últimos 4 dígitos de su SSN ____
---	-------------------------------------

Complete este apéndice si usted o alguien de su familia es nativo estadounidense o de Alaska o ha recibido servicios del Programa de Salud para Indígenas estadounidenses. Envíelo con su Solicitud de Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de Costos.

Cuéntenos acerca de los miembros de su familia que son Nativos Estadounidenses o de Alaska

Los Nativos Estadounidenses o de Alaska pueden obtener servicios del Programa de Salud para Indígenas estadounidenses, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos. Es posible que tampoco tengan que pagar costos compartidos y que obtengan períodos especiales de inscripción mensual. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la mayor ayuda posible.

Si necesita más espacio, adjunte una página separada. Asegúrese de escribir el nombre y la fecha de nacimiento de la PERSONA 1 en la parte superior.

	PERSON 1	PERSON 2								
1. Nombre	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Primero</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Segundo</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Apellido</td> </tr> </table>	Primero	Segundo	Apellido		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Primero</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Segundo</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Apellido</td> </tr> </table>	Primero	Segundo	Apellido	
Primero	Segundo									
Apellido										
Primero	Segundo									
Apellido										
2. ¿Es nativo de Alaska?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
3. ¿Miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , nombre de la tribu: _____ Estado donde se reconoce: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , nombre de la tribu: _____ Estado donde se reconoce: _____								
4. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Programa de Salud para Indígenas estadounidenses, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o a través de una remisión de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "no" , ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Programa de Salud para Indígenas estadounidenses, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos, o a través de la remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "no" , ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Programa de Salud para Indígenas estadounidenses, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos, o a través de la remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
5. Es posible que cierto dinero recibido no se tenga en cuenta para Medicaid/Dr. Dynasaur. Enumere cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) informado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> Pagos per cápita de una tribu que proviene de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas) Dinero de la venta de cosas que tienen un significado cultural 	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____								



Información de la PERSONA 1

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.)	Últimos 4 dígitos de su SSN ____
---	-------------------------------------

NO es necesario que responda estas preguntas a menos que alguien en el hogar sea elegible para la cobertura de salud de un empleo, incluso si no acepta la cobertura. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura de salud.

Puede solicitar a su empleador que complete este formulario por usted. **Sin embargo, usted sigue siendo responsable de enviar este formulario.**

Información del empleado

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo del empleado (Jr., Sr., III, etc.)

Información del empleador

2. Nombre del empleador (o empresa)		3. Número de identificación del empleador (EIN)	
4. Dirección del empleador (o empresa)		5. Número de teléfono del empleador (o empresa) ()	
6. Ciudad/Localidad	7. Estado	8. Código postal	
9. ¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura de salud de los empleados en este empleo?			
10. Número de teléfono (si es diferente al anterior) ()		11. Dirección de correo electrónico	

12. ¿En la actualidad, el empleado es elegible para la cobertura que ofrece este empleador, o el empleado será elegible en los próximos 3 meses?
Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible para la cobertura?
Fecha (mm/dd/aaaa): _____

Sí. **Continúe con las preguntas 13 a la 16.**

No. **DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado.**

13. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cubra al cónyuge o dependiente del empleado?
En caso afirmativo, enumere los nombres de cualquier otra persona en el hogar del empleado que sea elegible para la cobertura de este empleo:
Nombre: _____ Nombre: _____

Sí. **¿Cuáles personas?**
 Cónyuge Dependiente(s)

No. **Continúe con la pregunta 14.**

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo*?

Sí. **Continúe con la pregunta 15.**

No. **DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado.**

15. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por el plan de menor costo ofrecido **solo al empleado** que cumple con el estándar de valor mínimo*? **No incluya planes familiares.**
Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

Si el empleador ofrece un plan de salud que cubre al cónyuge y/o dependientes del empleado, vaya a la pregunta 16. Si no es así, pase a la pregunta 17.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?
\$ _____

b. ¿Con qué frecuencia?

Semanal Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Una vez al mes
 Trimestral Anual

16. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por el plan de menor costo ofrecido a la familia que cumpla con el estándar de valor mínimo?

Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia?

Semanal Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Una vez al mes
 Trimestral Anual
Fecha de cambio (mm/dd/aaaa): _____

*Un plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo si paga al menos el 60 % del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en empleos cumplen con el estándar de valor mínimo.



17. Si el año del plan terminará pronto, ¿cambiarán los planes de salud ofrecidos?

En caso afirmativo, pase a la pregunta 18. Si la respuesta es "No" o "No lo sé", DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado.

- Sí.
- No.
- No lo sé.

18. ¿Qué cambios hará el empleador al plan solo para empleados para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

El monto de la prima cambiará para el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo*. (La prima solo debe reflejar los descuentos para los programas para dejar de fumar, consulte la pregunta 15).

Si el empleador ofrece un plan de salud que cubre al cónyuge y/o dependiente de un empleado, vaya a la pregunta 19. Si no es así, DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia?

- Semanal
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Una vez al mes
- Trimestral
- Anual

Fecha de cambio (mm/dd/aaaa): _____

19. ¿Qué cambios hará el empleador al plan familiar para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

El monto de la prima cambiará para el plan de menor costo disponible para la familia que cumpla con el estándar de valor mínimo*. (La prima solo debe reflejar los descuentos para los programas para dejar de fumar, consulte la pregunta 15).

Devuelva este formulario al empleado.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia?

- Semanal
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Una vez al mes
- Trimestral
- Anual

Fecha de cambio (mm/dd/aaaa): _____

*Un plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo si paga al menos el 60 % del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en empleos cumplen con el estándar de valor mínimo.